

結核医療機関指定申請書

年 月 日

滋賀県知事 様

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____
(法人の場合は名称および代表者名)

連絡先電話番号 _____

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）第38条第2項の規定による医療機関として指定されたく申請します。

なお、指定の上は、感染症法第38条第4項の規定に基づく感染症指定医療機関療養担当規程(平成11年3月厚生省告示第43号)および同法第41条の規定に基づく診療報酬により、同法の定めるところに従って、同法による医療を担当します。

記

| | |
|----------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | |
| 医療機関の所在地 | 〒 _____ 電話 _____ |
| 指定希望年月日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 医療機関コード | _____, _____, _____ (7桁) |